

〔症例〕

右側下顎骨体部を中心とした 広範囲歯性感染症の1例

丹 沢 秀 樹* 武 藤 寿 孝* 高 橋 喜 久 雄*
内 山 聡* 花 澤 康 雄* 高 原 利 幸*
高 原 正 明* 金 沢 春 幸* 佐 藤 研 一*

(平成元年3月15日受付, 平成元年5月9日受理)

要 旨

頭頸部の炎症はしばしば、歯性感染症が原因となる。特に、起炎菌の種類、患者の低下した一般状態および既に煩っている基礎疾患等によっては、広範な深部組織隙に拡大し重篤化することもある。

本症例は、抜歯という日常的な外科処置により引き起こされた広範囲膿瘍の症例である。高齢と多発性関節リウマチおよび長期のステロイド内服を背景とする点、好気性菌と嫌気性菌との混合感染である点、初期の処置の適切さの問題点等、重篤となった要因を文献的考察を加え報告した。

Key words: 歯性顎炎, 組織隙, 混合感染, 副腎皮質ステロイド

I. 緒 言

歯性感染の多くは、歯および歯槽部に限局するものであるが、時には顎を中心とする頭頸部の広範な炎症の原因となる。多くは混合感染であり、適時に適切な処置が施されない場合や、さらにこれに基礎疾患等の全身状態の低下が加わる場合には現在においても重篤な状態におちいる。また、外科的処置に関しては、審美性や顎動脈、顔面神経の保存、硬組織の処置等に独特の治療技法も必要となる。今回われわれは、関節リウマチで副腎皮質ステロイド剤を使用中の患者の歯性感染が原因となった広範囲の膿瘍を経験したので、若干の考察を加え報告する。

II. 症 例

患者: 78歳, 男性。

主訴: 右顔面 (顎下部・オトガイ下部, 頬部, 側頭部) の腫脹。

既往歴: 11年前より関節リウマチ。現在, プレドニン (5 mg/日) 内服中。

家族歴: 関節リウマチ等特記すべきことなし。

現病歴: 初診約20日前, 右下顎大臼歯部に自発痛, 同歯肉腫脹出現。同部の疼痛, 腫脹が持続したため, 数日後某歯科医院を受診。同日, 急性症状伴うも右下顎第二小臼歯, 右下顎第一大臼歯を抜歯。鎮痛剤のみを投与された。その後, 疼痛, 腫脹は増悪し微熱も出現したため, 2週間前同院再受診。抗生剤, 鎮痛剤の投与を受ける。しかし, 症状は改善せず, 腫脹は右側頬部, 顎下部, 口腔底, 頸部, 側頭部, 左側顎下部にも及び, その2日後右側オトガイ下部の切開排膿を受けた。その後も腫脹が改善せず, オトガイ下部の皮膚は壊死状態となったため, 他病院の紹介を受け, 昭和62年5月18日当科受

* 千葉大学医学部歯科口腔外科学教室

Hideki TANZAWA, Toshitaka MUTOH, Kikuo TAKAHASHI, Satoshi UTIYAMA, Yasuo HANAZAWA, Toshiyuki TAKAHARA, Masaaki TAKAHARA, Harusati KANAZAWA, Kenichi SATO: A Case of Massive Abscess in Deep Fascial Spaces of the Face and Neck Caused by Dental Infection. Department of Oral Surgery, School of Medicine, Chiba University, Chiba 280. Received March 15, 1989. Accepted May 9, 1989.



写真 1.



写真 2.

診。

初診時所見：血圧120/78mmHg。脈拍88/分，整。心音清，心雑音なし。体温36.8°C。顔貌，眼球結膜，口唇等に貧血，チアノーゼなし。高度の嚥下咀嚼障害のため栄養状態不良で著しい不穏状態を示していた。また，関節リウマチのため歩行困難であった。右側側頭部，頰部，顎下部，上頸部，オトガイ下部の右側顔面全域ならびに左側顎下部にわたる広範な浮腫および腫脹がみられ，左右顎下部皮膚には発赤があり，皮下に広く波動を触れた。また，右側顎下部からオトガイ下部にかけての左右約4cm幅約2cmの皮膚欠損と壊死組織を認め，皮下組織に広範な膿瘍腔を形成し，ゾンデは右顎下隙を通り下顎枝後内縁から側咽頭隙まで挿入できた（写真1，2）。

口腔内所見：開口障害1横指認める。口腔清掃状態は不良。上顎は無歯顎。下顎には右側第三大白歯，第二大

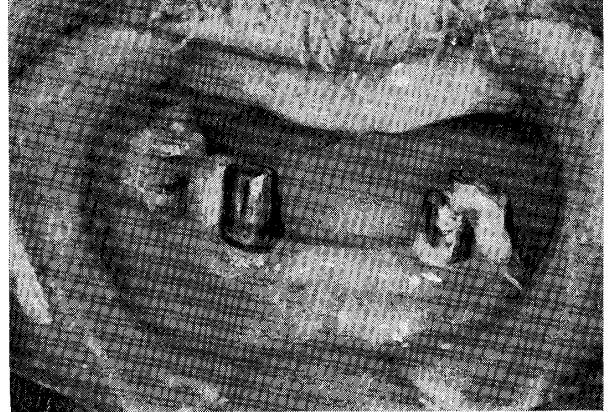


写真 3.

臼歯，第一小臼歯，犬歯，左側犬歯，第一小臼歯が残存していた。右側犬歯，左側犬歯，第一小臼歯は金冠を装着していた。全歯牙は慢性歯周炎に罹患しており，また，カリエスが認められた。口腔底に軽度腫脹が，また右側頰粘膜に強度の腫脹が認められた（写真3）。本感染の原因と思われる右側第一大臼歯，第二小臼歯の抜歯窩は上皮化がやや遅れているものの比較的良好な状態であった。右側口峡部粘膜に直径約10mmの膿瘍自潰部位を認め，悪臭のある排膿がみられた。ゾンデを挿入すると右側咽頭隙に到達した。

III. 検査所見

1) 一般検査：軽度貧血（RBC=382×10⁴/dl，Hgb=10.4g/dl，Hct=32.4%，Fe=42μg/dl），炎症所見（WBC=11,800/dl，CRP（6+）），梅毒血清反応（TPHA（160），RPR（+）），軽度肝機能障害（GOT=49U/ml，GPT=54U/ml，TTT=5.1U，ZTT=18.9U），腎機能障害（BUN=66mg/dl，CRE=2.2mg/dl），低アルブミン血症が認められた。

2) X線所見：右側第一大臼歯，第二小臼歯の抜歯窩を認める以外，上下歯牙，顎骨に異常所見は認められなかった（写真4）。

3) 細菌培養：α-streptococcus，peptostreptococcus。

臨床診断：右下臼歯部の抜歯後感染による顎周囲広範組織隙膿瘍。

処置および経過：即日入院。右側側頭部頰骨弓上部，両側顎下部を切開したところ悪臭のある膿が大量に流出した。ドレーンを留置し，免疫グロブリン投与とともに抗生物質の大量投与を行った。細菌培養で考えられた主たる原因菌は当初α-streptococcusとpeptostreptococcusであったが，後にはグラム陰性桿菌（serratia）となった。好気性菌，嫌気性菌の混合感染であることも考慮して抗生物質を随時選択した（CLDM 1.2g/日，

CMD 4g/日)。7月22日軽快，退院。8月3日治癒。この間，関節痛のためにプレドニン5mg/日内服は継続した。

術後診断：切開部よりのゾンデ挿入所見，自潰排膿の

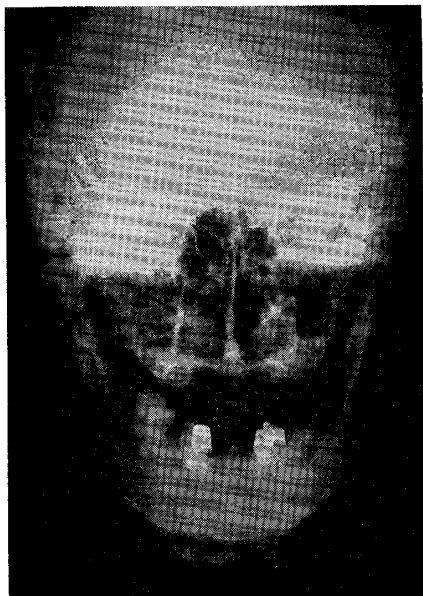


写真 4.

位置などから膿瘍形成部位はオトガイ下隙，左右顎下隙，右頬隙，右咽頭隙，右翼突下顎隙，ならびに右側頭下窩から右側頭部までおよぶものであった。

なお，腎機能障害に関しては千葉大学医学部泌尿器科にて前立腺肥大症，腎後性腎不全との診断のもとに処置，手術が行われ，改善を見た。

IV. 考 察

表1は1975年から1987年の13年間に日本口腔科学会誌，日本口腔外科学会誌に報告された重症口腔感染症である。比較的に高齢者が多く，11例中7例で長期の糖尿病，膠原病，ステロイド内服等の全身的背景を伴っている。また，原因菌判明例の大部分は好気性菌，嫌気性菌の混合感染である。このため菌性重篤感染症の投薬には，その考慮が必須である。

高齢，全身的背景に伴う免疫状態の低下のうち，今回の症例では長期に渡りステロイドを内服していた。ステロイド内服にいたる原因疾患自体による易感染性を伴っている場合が多い。ステロイド内服による易感染性の機序としては macrophage 機能の抑制をはじめとする免疫抑制，線維芽細胞増殖抑制，ステロイド性糖尿等の代

表 1. 重症口腔感染症の主な報告例（日口外誌，日口科誌より引用：1975～1987）

報告者	年齢	性	感染症名	基礎疾患	原因菌	備考
南雲	21	女性	上下歯槽骨炎	SLE		長期ステロイド内服
浅井	63	男性	口底蜂窩織炎	高血圧， 気管支拡張症	Streptococcus Klebsiella Yeast B. melaninogenicus G(-)嫌気性菌	種々の既往歴をもち抵抗力の減弱があった
浅井	34	男性	口底蜂窩織炎	なし	好気性菌 B. melaninogenicus	経過が長い
山崎	66	女性	顔面，側頭部蜂窩織炎	なし	G(+)ブ菌	経過が長い
川島	69	女性	頬部，顎下部，頸部，前胸部蜂窩織炎	高血圧	Aeromonas hydrophila	特殊菌によるため同定が遅れた
武藤	66	男性	Necrotizing faciitis	なし	Klebsiella Peptostreptococcus Escherichia coli	特異感染
飯島	64	女性	口底蜂窩織炎	SLE 糖尿病	不明	長期ステロイド内服
横田	71	男性	翼突下顎隙膿瘍	糖尿病	Bacteroides α-streptococcus Streptococcus pyogenes	糖尿病あり
横田	54	男性	顎下部膿瘍	糖尿病	不明	糖尿病あり
北村	25	女性	咬筋下隙膿瘍 翼突下顎隙膿瘍	なし	Propionibacterium acnes B. melaninogenicus B. oralis	妊娠4カ月
平賀	53	男性	左側頭部蜂窩織炎 敗血症	高血圧	G(+)嫌気性菌	全身衰弱による抵抗力の低下を認めた

謝異常などがあげられる。このため、臨床においては、免疫抑制状態にある患者の菌性感染症には、たとえ限局性の小炎症であっても、それに対する十分な配慮がなされていなくてはならない。

また、嫌気性菌の増殖には局所組織の酸化還元電位が低く保たれていなければならないが、その因子としては局所および全身の循環障害、好気性菌感染、乳酸等があげられる。本症例では抜歯という外科処置、好気性菌感染、組織壊死による循環障害等の因子が加わり、組織隙が嫌気性菌の増殖に適した環境となったものと思われる。

菌性広範膿瘍の拡大経路としては組織隙の理解が重要であり、この症例では右下臼歯部を感染源とし、一方では右側顎下隙より右側翼突下顎隙をへて咬筋下隙さらに右側頬隙に達し、他方、右側顎下隙より右側咽頭隙、翼口蓋窩をへて右側側頭部に達し、他方、右側顎下隙よりオトガイ下隙をへて左側顎下隙に達したものと推察される。

このような広範な菌性感染による膿瘍形成は現今の医療環境からすれば、はなはだ稀であるが、基礎疾患による全身抵抗減弱、免疫低下、あるいは医療が受けられないような特殊な状況の場合には、現在においても時に発現するものである。しかも、すでに複雑な深部組織隙に広範に進展したこのような拡大性の膿瘍では、現在の優れた抗生物質によっても治癒は望めず、時機を失すると、上方は眼窩膿瘍あるいは海綿洞の血栓性静脈炎さらに脳膜炎を合併し、下方には、頸部大血管鞘を下降し縦隔洞に侵入し、生命の危険な状態を招来する。そのため、本症例のような広範菌性感染においては即時に適切な外科的切開が必要であり、膿瘍腔を広く開放しなければならない。

本症例は左右顎下部切開により顎下隙、頬隙、翼突下顎隙、側咽頭隙、翼口蓋窩が、右頬骨弓上横切開により翼口蓋窩、側頭部膿瘍が開放され、そのため症状は急速に改善されるに至ったものである。

SUMMARY

Infection of the jaws and mouth is generally due to dental bacteria infection. The spread of

the disease depends upon a variety of bacteria and circumstances. Especially the physical state of patient is important. The anatomy and interrelations must be appreciated to understand the extent of widely spreading infection throughout the various potential fascial spaces in the head and neck regions.

In the present report, massive infection of fascial spaces surrounding the oral cavity occurred following teeth extraction. The patient has been bothering multiple rheumatic arthritis for more than ten years. He must have steroids every day. Any antibiotics did not administer when the teeth were extracted. These might affect the extent and rapidity of inflammation and allowed very large abscess to be formed. The treatment by adequate drainage and the administration of antibiotics and the removal of the cause of the infection was very effective.

文 献

- 1) 佐藤伊吉：顎の炎症の手術。金原出版，東京，1967。
- 2) 佐藤伊吉：実地口腔外科（上）。日本歯科評論社，東京，1966。
- 3) 高井 宏：菌性感染症に対する抗生物質の効果判定基準について。歯科薬物療法 1:1, 別冊，1982。
- 4) 上野一恵：嫌気性菌感染症。臨床医学 1:622, 1975。
- 5) Kainer AS and Beisel WR: Opportunistic infection. A Review. Am J Med Sci 258: 431-456, 1969.
- 6) 喜久田利弘：口腔外科領域の重症感染症に対する免疫グロブリン療法。歯科ジャーナル 28: 465-470, 1988。
- 7) 中西通泰：重症感染症と抗生物質，グロブリン製剤。Medicament News 944:1, 1980。
- 8) Krueger E: Lehrbuch der Chirurgischen Zahn-Mund-und Kieferheilkunde, Bdl, Die Quintessenz, Berlin, 1976.
- 9) Thoma KH: Oral Surgery. Vol II, 5th ed, CV Mosby Co, St. Louis, Toronto, Princeton, 1969.
- 10) Shafer WG, Levy MK and Levy BM: A Textbook of Oral Pathology, 4th ed, pp 511-525, WB Saunders, Philadelphia, 1983.